

Preparación Quirúrgica en la persona con Discapacidad Cognitiva: Una Revisión sistematizada

Medina Garzón, Mauricio¹

Espitia Cruz, Luz Carine ²

¹ Universidad Nacional de Colombia /Cundinamarca, Bogotá D.C, Colombia, mamedinaga@unal.edu.co

² Universidad Nacional de Colombia/Cundinamarca, Bogotá D.C, Colombia, lcespitiac@unal.edu.co

Resumen:

Introducción: la intervención quirúrgica genera un impacto social en las familias y en el personal de la salud, para el manejo y el cuidado **de las personas con discapacidad cognitiva**. La fase del preoperatorio, es de gran importancia para la preparación quirúrgica de la persona y esta facilita de manera individual una valoración específica de cada una de las morbilidades generadas por esta condición. **Objetivo:** Esta revisión pretende brindar información sobre el abordaje y manejo de la persona con discapacidad mental en el ámbito quirúrgico. **Método:** Se realizó una revisión sistematizada en las bases de datos Medline, PubMed, NIH.gov, Science Direct, Además, se consultaron los artículos de revisión y meta-análisis publicados y se revisaron sus referencias y las de los artículos originales para localizar nuevas investigaciones. **Resultados:** identificando las consideraciones preoperatorias y anestésicas para el manejo integral de esta población formulando una guía para el cuidado integral. **Conclusión:** Es un reto y desafío para el equipo quirúrgico en reconocer antecedentes, problemas de salud y complicaciones por la falta de cooperación, comunicación y el grado deterioro cognitivo

Palabras clave: anestesia; discapacidad intelectual; preparación preoperatoria

introducción: the surgical intervention generates a social impact on families and health personnel, for the management and care of people with cognitive disabilities. The preoperato-rio phase is of great importance for the surgical preparation of the person and this facilitates in an individual way a specific assessment of each one of the morbidities generated by this condition. **Objective:** this review aims to provide information on the approach and management of the person with mental disability in the surgical field. **Method:** a systematic review was performed in the databases medline, pubmed, nih.gov, science direct, In addition, the published review and meta-analysis articles were consulted and their references and those of the original articles were reviewed to locate new research. **Results:** identifying the preoperative and anesthetic considerations for the integral management of this population formulating a guide for comprehensive care. **Conclusion:** it is a challenge and challenge for the surgical team in recognizing antecedents, health problems due to lack of cooperation, communication and the degree of cognitive deterioration.

Keywords: Intellectual Disability; Anesthesia; Preoperative Period

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial más de 1.000 millones de personas conviven con alguna discapacidad, lo cual representa el 15% del total de la población y se estima que 190 millones de ellas tienen dificultad para tener una vida con calidad, este número va en aumento con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles¹. En Colombia, para el año 2013 aparecen inscritas 1'062.917 personas en condición de discapacidad, es decir 2,25% de la población, de los cuales 545.876 son mujeres y 516.030 son hombres². Sin embargo, es importante aclarar que no existen cifras que precisen un número exacto de personas con discapacidad intelectual en el país.

La discapacidad cognitiva son todas las alteraciones en el funcionamiento neurológico que dificulta la adaptación de la persona e influye en su comportamiento; esta se compone por las limitaciones en la ejecución y participación en las actividades de interacción social y relaciones personales³. En esta condición se incluye el retardo mental leve, el autismo y el síndrome de Down⁴.

Por otra parte, la intervención quirúrgica genera un impacto social en las familias y en el personal de la salud, por lo que cada día es un reto para el manejo y el cuidado de enfermería. Es por ello que se han identificado percepciones de ambos actores de las que se resaltan la falta de conocimiento, la poca comprensión del personal sobre los desafíos específicos que enfrentan las familias y la desconfianza de los cuidadores hacia las instituciones⁵. Para hacer frente a estos retos, a las rutinas y a la naturaleza impredecible del entorno quirúrgico, se recomienda una relación más cercana entre usuarios y profesionales que cuando no se da en la práctica, genera insatisfacción de las necesidades en las familias de personas con problemas de discapacidad^{6,7}. Lo anterior visto desde otra perspectiva, se interpreta como los mayores desafíos que enfrenta el profesional de enfermería en el establecimiento de su competencia⁸.

En la actualidad, a pesar de la importancia que representa conocer la población con esta enfermedad⁹, no existen cifras precisas que lo definan. Por otra parte, se han realizado varios estudios en otros contextos sobre la discapacidad cognitiva, entre ellos, cabe destacar los siguientes: dimensiones de la calidad de vida¹⁰, el tiempo de discapacidad y factores demográficos^{11,12}, nivel de estrés del cuidador¹³, resiliencia del hogar¹⁴, manejo del paciente en el ámbito odontológico¹⁵ a nivel de la intervención quirúrgica. Al contrario, en el área del cuidado de enfermería no hay literatura precisa que defina una guía o protocolo sobre el abordaje de las personas con esta condición.

Esta revisión pretende brindar información sobre el abordaje y manejo de la persona con discapacidad mental en el ámbito quirúrgico y la manera de cómo los profesionales de enfermería en conjunto con el equipo de salud pueden brindar una atención de calidad durante la intervención quirúrgica identificando las consideraciones preoperatorias y anestésicas.

II. MÉTODO

Se realizó un rastreo bibliográfico en las bases de datos Medline, PubMed, NIH.gov, Science Direct, Además, se consultaron los artículos de revisión y meta-análisis publicados y se revisaron sus referencias y las de los artículos originales para localizar nuevas investigaciones. Los términos de la búsqueda fueron los siguientes: anestesia, discapacidad intelectual y cuidado preoperatorio. El objetivo de la búsqueda bibliográfica fueron artículos que informasen sobre (a) revisiones sistematizadas en el cuidado de

enfermería en personas con discapacidad cognitiva, n: 5 (b) que consideraran el efecto de la intervención quirúrgica en personas con síndrome de Down, Autismo y retardo mental n: 03 (c) evaluar los resultados, (d) que tuviesen al menos dos momentos de medida (preoperatorio y intraoperatorio), y (e) que proporcionaron análisis de resultados. Se excluyeron: (a) aquellos estudios que describían intervenciones sin proporcionar análisis de resultados, (b) ensayos piloto, y (c) que se centraban en población adulta mayor y disciplinas diferentes al área de la salud. Se encontraron un total de 128 artículos provenientes de las distintas bases de datos consultadas. Por el título y el contenido del resumen inicialmente se seleccionaron 82 artículos, de los cuales, 2 eran análisis de procedimientos de odontológicos y 16 fueron excluidos por no cumplir los criterios descritos anteriormente. También se recuperaron 5 estudios de revisión, a partir de los cuales se obtuvieron 4 estudios más, además de un artículo de análisis secundario de otro estudio. El análisis final se realizó sobre 35 estudios de intervención. Se analizaron todas aquellas características sugeridas por la Cochrane (Higgins y Green, 2008).

I. RESULTADOS

En la revisión integral se evidenciaron los siguientes hallazgos para el respectivo análisis:

En la **identificación de las necesidades** que experimenta el equipo quirúrgico y la familia con personas con discapacidad cognitiva en la etapa del preoperatorio se considera los factores asociados son la falta de comunicación y colaboración de los cuidadores^{16,17}. Debe haber una consulta preanestésica apropiada y una planificación cuidadosa¹⁸ que debe incluir una discusión con los padres sobre el plan y las opciones anestésicas.

Con respeto a la **valoración de la vía aérea** es común que los pacientes con discapacidad y con síndrome de Down¹⁹ presenten micrognatia y microcefalia, cuello corto, obesidad troncal, anomalías de la columna cervical y estenosis subglótica, macroglosia, hipoplasticidad de la mandíbula / maxilar superior, anomalías palatinas y protrusión mandibular. La identificación oportuna de estas anomalías predice el riesgo para manejo de una vía aérea difícil.

En cuanto a la **valoración y aportes de la Historia Clínica** los pacientes pueden ser incapaces de describir los síntomas o dar cuenta de su historial médico; la visión objetiva y la historia de los padres/cuidadores es, por lo tanto, muy importante. Si los pacientes también encuentran difícil aceptar el contacto físico de un examen, puede ser necesario realizarlos bajo anestesia y tomar una decisión sobre el manejo quirúrgico. Se le debe aportar a la historia clínica con exámenes complementarios como el hemograma, uroanálisis, la radiografía de tórax, el electrocardiograma (ECG), el ecocardiograma, la tomografía computarizada y la resonancia magnética según el sistema involucrado²⁰. Sin embargo requiere de la valoración específica en la identificación de anomalías congénitas asociadas y problemas médicos²¹: como anomalías cardíacas y defectos de conducción frecuentes en esta población. Es importante resaltar que la mayoría de los pacientes padecen enfermedades adicionales. Los medicamentos para controlar los problemas y controlar el comportamiento deben continuarse hasta la mañana de la cirugía²².

Los pacientes pueden ser incapaces de comunicar su angustia de una manera que el personal de la institución pueda entender y pueden mostrar un comportamiento no cooperativo o incluso perturbador. En cuestiones particulares incluyen la espera de largos periodos en áreas concurridas, ruidosas y el ayuno prolongado son factores desencadenantes para las personas con discapacidad.

Por lo tanto, el personal de enfermería tiene invaluable experiencia en el manejo de pacientes desafiantes²³ generando comportamiento violento o autodestructivos, rechazando toda premedicación o cirugía.

El equipo quirúrgico y enfermería deben estar capacitados de manera decisiva, rápida y efectiva, en ayudar a minimizar el daño a las personas con discapacidad y al personal^{24, 25}. Otra recomendación es dar prioridad al paciente en la atención para minimizar los efectos de la espera y la inanición. Una visita preoperatoria es fundamental en estos pacientes para que el anestesiólogo pueda sentarse con la familia y formular un plan de intervención y abordaje.

Estas personas con discapacidad no son capaz de comprender o cooperar con la hiperoxigenación, que es primordial en la administración de la anestesia general o la **sedación** por inhalación²⁶. Pero a pesar de las combinaciones farmacológicas implementadas por vía intravenosa (diazepam / midazolam)²⁷, propofol e infusión de midazolam²⁸. Han sido efectivas en el control de los síntomas y comportamientos del paciente dentro del quirófano.

Para esto es recomendable el acompañamiento del cuidador en el momento de la **monitorización y la obtención del acceso vascular**. Pero además se deben tener en cuenta el monitoreo apropiado del paciente, la selección y administración de agentes anestésicos, tiempo que proporciona un nivel de confort y relajación acorde con el impasividad y estrés fisiológico del procedimiento planificado²⁹.

Es difícil la realización de **venopunción** por la colaboración y sentimiento de miedo y temor, lo recomendable es trasladar al paciente a la sala de cirugía o quirófano utilizando la administración de anestésico inhalado o ketamina oral 0.5-8 mg/kg podría ayudar a asegurar un acceso intravenoso^{30, 31} o también se puede el midazolam oral 0.5 mg/kg puede proporcionar suficiente amnesia y sedación preoperatoria^{32,33}. Durante la intervención el control de la saturación de oxígeno y las posibles interacciones farmacológicas que se pueden desencadenar por el uso de las benzodiacepinas y barbitúricos en casa³⁴.

En el caso de tener contacto con persona que **difícil acceso venoso** lo recomendable es iniciar una inducción con Sevoflurano por producir un período de recuperación más corto y no presenta alteraciones sistémicas³⁵. O de los contrario existe otro agente anestésico como el remifentanil, sus características farmacocinéticas únicas que causan un inicio y una compensación rápido y no produce efectos en niños^{36,37}.

En pacientes con comportamiento desafiantes se requiere premedicación con el objetivo de evitar comportamientos agresivo y lesiones, se recomienda el uso de benzodiacepinas. La combinación de midazolam y la ketamina a dosis más bajas pueden usarse en niños extremadamente poco cooperativos³⁸. Es útil reconocer el efecto la clonidina oral producirá sedación y ansiolisis adecuadas³⁹.

Hay que tener en cuenta que cuando el paciente es trasladado a quirófano se debe reconocer la técnica de la anestesia, los autores han mencionado la anestesia regional como una contraindicación relativa en pacientes debido a la negativa del paciente y la falta de cooperación⁴⁰, otros han mencionado que es efectiva en el manejo del dolor y la estabilidad hemodinámica del paciente ^{Sin embargo se considera como técnica de abordaje la anestesia general 41,42.}

Consecuencias de los problemas cognitivos perioperatorio

Las consecuencias de Problemas cognitivos incluyen caídas y lesiones por factores como la estancia prolongada, y problemas cognitivos.⁴³: La cirugía y la anestesia provocan un cambio agudo en la cognición. Las medidas de seguridad con estos pacientes deben ser minuciosas.

II. CONCLUSIONES

Es un desafío para el equipo quirúrgico en reconocer antecedentes, problemas de salud, valoración preoperatoria en esta población por la falta de cooperación, comunicación y el grado deterioro cognitivo. Lo que hace difícil en la elección del anestésico, la medicación, los riesgos y los cuidados de enfermería. Además, es poca la literatura que argumente un manejo específico en el preoperatorio y su abordaje.

Los profesionales de la salud necesitan reflexionar sobre sus propias actitudes y valores para asegurar la atención adecuada en las personas con discapacidad y es esencial al diseñar un plan de gestión: Como el proceso de admisión, disminuir los factores estresantes en la percepción frente al quirófano y el apoyo familiar en esta experiencia.

En la actualidad, no existen Guías, aportes que confirmen el abordaje de la persona con discapacidad y el tipo de anestésico en empeorar el problema cognitivo. Se considera generar investigaciones en el entorno de la persona con discapacidad para coordinar las intervenciones requeridas por múltiples especialidades en un modelo de atención de salud en cada una de las áreas asistenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ OMS | 10 datos sobre la discapacidad [Internet]. [citado 13 de mayo de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>

² Cifras Registro de discapacidad (Dic 2013).pdf [Internet]. [citado 13 de mayo de 2018]. Recuperado a partir de: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf) 3. Visor Geografico SISPRO

³ Ernesto Walberg. Discapacidad intelectual. ¿Es la nueva denominación de cambio de perspectiva? C.A.I.T.I. 2015.

⁴ Cortés, Claudia Cecilia castro. Procesos de inclusión en el aula universitaria. Escenarios pedagógicos: flexibilización curricular y empoderamiento del conocimiento, p. 15.

⁵ Jackson Brown F, Guirnalda J. Las experiencias de los niños con dificultades de aprendizaje, sus cuidadores y el personal durante la admisión en el hospital, Br J Learn Disabil, 2008, vol. 37 (pg. 110-5)

⁶ Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Waidman MAP. Vivir con trastornos mentales: la perspectiva de los miembros de la familia se basa en la atención primaria. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (3): 674-86.

⁷ Ribeiro LM, de Medeiros SM, de Albuquerque JS, Fernandes SMBA. La enfermería en salud mental y la estrategia de salud familiar: ¿cómo está trabajando la enfermera? Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44 (2): 376-382

⁸ Neves HG, Lucchese R, Munari DB. [Salud mental en atención primaria: constitución necesaria de competencias]. Rev Bras Enferm 2010; 63 (4): 666-70. Portugués.

⁹ Triviño Bohorquez, Carlos Julio. Análisis sobre los procesos de inclusión y atención educativa a estudiantes con discapacidad cognitiva de la Institución Educativa Ciudadela Sucre del municipio de Soacha-Cundinamarca. 2017. Tesis Doctoral. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

¹⁰ Wehmeyer ML, Abery BH, Zhang D, Ward K, Willis D, Hossain WA et al. Personal selfdetermination and moderating variables that impact efforts to promote selfdetermination. *Exceptionality* 2011; 19(1):19-30.

¹¹ Middleton JW, Simpson GK, De Wolf A, Quirk R, Descallar J, & Cameron ID. Psychological Distress, Quality of Life, and Burden in Caregivers During Community Reintegration After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2014; 95(7): 1312-1319.

¹² Groeneveld, M. G., Vermeer, H. J., van IJzendoorn, M. H., & Linting, M. Caregivers' cortisol levels and perceived stress in home-based and center-based childcare. *Early Child Res Q* 2012; 27(1): 166-175.

¹³ Migerode F, Maes B, Buysse A, Brondeel R. Quality of life in adolescents with a disability and their parents: The mediating role of social support and resilience. *J Dev Phys Disabil* 2012; 24(5): 487-503.

¹⁴ Bourke Taylor H, Howie L, Law M. Impact of caring for a school aged child with a disability: Understanding mothers' perspectives. *Aust Occup Ther J* 2010; 57(2): 127-136.

¹⁵ Antonio, Fátima, et al. "Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico." (2014).

¹⁶ chaudhary, kapil, et al. anesthesia for intellectually disabled. *journal of anaesthesiology clinical pharmacology*, 2017, vol. 33, no 4, p. 432.

¹⁷ Haywood PT, Karalliedde LD. General anesthesia for disabled patients in dental practice. *Antes Prog* 1998; 45:134- 8.

¹⁸ Rainey L, van der Walt JH. The anaesthetic management of autistic children. *Anaesth Intensive Care*. 1998; 26: 682-686.

¹⁹ Aker J, Anderson DJ. Update for nurse anesthetists – Part 6 – Perioperative care of patients with cerebral palsy. *AANA J* 2007; 75:65- 73

²⁰ Lobo Martínez, E., and A. Mena-Mateo. "Manual de urgencias quirúrgicas." *Hospital Universitario Ramón y Cajal* (2000).

²¹ Ferrari LR. Do children need a preoperative assessment that is different from adults? *Int Anesthesiol Clin* 2002; 40:167- 86.

²² Ananthanarayan C, Sigal M, Godlewski W. General anesthesia for the provision of dental treatment to adults with developmental disability. *Anesth Prog* 1998; 45:12- 7.

²³ Karam VY, Barakat H. Perioperative management of the child with behavioral disorders. *Middle East J Anesthesiol*. 2011; 21: 191-197.

²⁴ . Holm-Knudsen RJ, Carlin JB, mckenzie IM. Distress at induction of anaesthesia in children. A survey of incidence, associated factors and recovery characteristics. *Paediatr Anaesth*. 2008; 8: 383-392.

²⁵ Jeffery K. Therapeutic restraint of children: it must always be justified. *Paediatr Nurs*. 2002; 14: 20-22... Therapeutic restraint of children: it must always be justified. *Paediatr Nurs*. 2002; 14: 20-22.

²⁶ Manley MC, Skelly AM, Hamilton AG. Dental treatment for people with challenging behaviour: General anaesthesia or sedation? *Br Dent J* 2000; 188:358- 60

²⁷ Malamed SF, Gottschalk HW, Mulligan R, Quinn CL. Intravenous sedation for conservative dentistry for disabled patients. *Anesth Prog* 1989; 36:140-

²⁸ Van der Bijl P, Roelofse JA. Propofol and midazolam for conscious sedation in a mentally retarded dental patient. *Anesth Prog* 1992; 39:36- 7

²⁹ Guidelines for Patient Care in Anesthesiology Committee of Origin: Surgical Anesthesia (Approved by the ASA House of Delegates on October 3, 1967, and last amended on October 26, 2016)

³⁰ Agg CL, Miller BR. Oral ketamine facilitates induction in a combative mentally retarded patient. *J Clin Anesth* 1990; 2:121- 2.

³¹ Bamber DB, Ratcliffe R, mcewan TE. Ketamine for out- patient dental conservation in children. *Anaesthesia* 1973; 28:446- 9

³² White PF. Anesthesia for ambulatory surgery. In: Stoelting RK, editor. *Advances in Anesthesia*. Vol. 2. Chicago: Yearbook Medical Publishers; 1985. P. 1- 29.

³³ White PF, Eng MR. Ambulatory (outpatient) anesthesia. In: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener- Kronish JP, Young WL, editors. *Miller's Anesthesia*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. P. 2419- 59.

³⁴ Haywood PT, Karalliedde LD. General anesthesia for disabled patients in dental practice. *Anesth Prog* 1998; 45:134- 8

³⁵ López Muñoz, Ana Cristina. "Anestesia intravenosa versus anestesia inhalatoria: vómitos postoperatorios en niños." (2005).

³⁶ Sammartino M, Garra R, Sbaraglia F, De Riso M, Continolo N. Remifentanil in children. *Paediatr Anaesth*. 2010; 20: 246-255...

³⁷ Davis PJ, Cladis FP. The use of ultra-short-acting opioids in paediatric anaesthesia: the role of remifentanil. *Clin Pharmacokinet*. 2005; 44: 787-796

³⁸ Díaz Hernández, Elva Karina. "Midazolam-Ketamina a bajas dosis y Midazolam sólo como medicación preanestésica por vía oral en niños programados para cirugía electiva en Hospital Belén de Trujillo." (2012).

³⁹ Zúñiga, A. Hervás, N. Balmaña, and M. Salgado. "Los trastornos del espectro autista (TEA)." *Pediatría Integral* (2017): 92-108.

⁴⁰ Casey WF. Spinal anaesthesia – A practical guide. *Update Anaesth* 2000; 12:1- 7.

⁴¹ Ponde VC, Athani BD. Role of regional anaesthesia in major limb operations in children with cerebral palsy. *Indian J Anaesth* 2007; 51:220- 4.

⁴² Nolan J, Chalkiadis GA, Low J, Olesch CA, Brown TC. Anaesthesia and pain management in cerebral palsy. *Anaesthesia* 2000; 55:32- 41.

⁴³ Abildstrom H, Rasmussen LS, Rentowl P, y col. Disfunción cognitiva 1-2 años después de la cirugía no cardíaca en los ancianos. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 1246-51